

## リハビリテーション看護学実習における看護技術の経験状況

雀部 繭美, 藤田 淳子

京都府立医科大学医学部看護学科

### Experiences of Clinical Nursing Skills in Rehabilitation Nursing Practicum

Mayumi Sasabe, Junko Fujita

School of Nursing, Kyoto Prefectural University of Medicine

#### 要約

リハビリテーション看護学実習において学生の实践能力を高める教育方法を検討するために、リハビリテーション看護学実習を終了した学生141名を対象に、看護技術の経験状況と受持患者の健康レベル（急性期、回復期、慢性期）との関連を検討した。その結果以下のことが明らかになった。

1. 日常生活の援助技術の経験は、清潔、活動の援助が多く約7割が経験していた。受持患者の健康レベル別では排泄、姿勢の保持、体位変換、移乗、清潔・衣生活、整容において急性期と回復期の実施率は慢性期に比較し高かった。
2. 治療処置に伴う技術のうち、薬液準備は急性期の患者を受け持つ場合が回復期・慢性期に比べ高かったが、全般に実施率は低かった。
3. 症状・生体機能管理技術では脳神経系・運動機能のフィジカルアセスメントの実施率と受持患者の健康レベルとの関連は認められなかった。
4. 急性期の患者を受け持った学生は、体位変換、廃用症候群の予防では脳神経疾患を受け持った学生が、洗髪においては運動器疾患を受け持った学生の実施率が高かった。

リハビリテーション看護学実習における技術の実施率は、受け持ち患者の健康レベルによって日常生活の援助技術に違いがみられ、技術の到達度を高めるためには急性期または回復期の患者選定が望ましいと言える。

キーワード：リハビリテーション看護学，看護技術，臨地実習，看護基礎教育，健康レベル

#### I. 研究目的

看護基礎教育において学生の看護実践能力を高めるため、臨地実習で習得する技術の経験状況やその到達度を明らかにし、技術教育の方法を検討するための研究が多くなされている<sup>1) 2)</sup>。臨地実習では対象の状態に応じて経験する技術が限られることが多く、患者の状態を考慮して受け持ち患者の選定や技術教育方法を計画することが必要である。しかし、対象の健康状態と技術習得の関連性についての知見は十分ではない。我々はリハビリテーション看護学実習において看護技術の経験状況と受け持ち患者の健康レベルとの関連を一学年の学生を対象に報告した<sup>3)</sup>。今回は対象を二学年とし、技術の経験状況と患者の健康レベルとの関連および急性期に該当する受け持ち患者のうち脳神経疾患と運動器疾患をもつ受け持つ学生の技術の経験状況の比較をし、今後のリハビリテーション看護実習での

技術教育の課題を検討したので報告する。

#### II. 研究方法

##### 1. 調査対象

H17年10月～H19年8月にリハビリテーション看護学実習を履修したA大学の学生H17年度の履修生61名、H18年度の履修生80名の計141名、うち男子学生はH17年度2名、H18年度5名である。

##### 2. リハビリテーション看護学実習の学習課程

1) 期間、単位数、実習施設：基礎看護学、領域別看護学8科目の授業を終了後、3学年後半から4年次前半に領域別実習8科目（成人看護学、老年看護学、精神看護学、小児看護学、母性看護学、地域看護学、在宅看護学など20単位）があり、その中でリハビリテーション看護学実習は2単位、2週間（90時間）である。実習はA大学附属病院の病棟であり、H17

年度は脳神経外科病棟、老年・神経内科病棟の2病棟、H18年度は脳神経外科病棟、老年・神経内科病棟、整形外科病棟の3病棟であった。

- 2) 実習目的：身体に障害を持つ対象者の障害の構造を理解し、対象者とその家族のQOLを考慮し、個々に応じた自立と新たな生活形成のための援助を実践する。実習を通し、リハビリテーション看護の専門性を深める基盤を身につける。

### 3. 調査内容

技術項目は看護基礎教育における技術教育のあり方に関する検討会報告書(2003)<sup>4)</sup>を基準とし、リハビリテーション看護学実習で習得する必要がある項目を追加した113項目である。追加した項目は意識障害、言語障害、嚥下障害、排尿障害、高次脳機能障害に対する援助である筋力増強訓練、言語的および非言語的コミュニケーション技術、片麻痺の評価、嚥下障害の評価、脳神経系治療などに関連した項目である。

113項目を日常生活の援助、フィジカルアセスメント、診療の介助、感染予防、安全管理の5つの大項目に分類し、さらに細項目として日常生活の援助は食事、基本動作・活動、更衣、整容、排泄、清潔、呼吸・循環、コミュニケーション、フィジカルアセスメントはバイタルサイン、脳神経系・運動器系の観察および評価、診療の介助は検査介助、脳神経系の治療の介助、薬液管理、感染予防は手洗いや医療廃棄物管理、安全管理は転倒・転落予防やその他の安全確保がある。

受け持ち患者は脳神経障害や運動機能障害を持ち、リハビリテーション治療を必要としている対象を選択した。患者の健康レベルは急性期、回復期、慢性期と分類した。この分類は、石川<sup>5)</sup>が作成した「時期別リハビリテーション医療サービス」に基づくものであり、急性期は疾患・リスク管理に重点を置いた発症から2週間の時期、回復期はリスク管理に留意した集中的訓練を提供する発症後9ヶ月、慢性期は日常生活・社会生活の維持を支援するリハビリテーションの時期とした。ただし、発症後の時期よりも提供するリハビリテーションの目的を優先して分類した。

### 4. 調査方法

リハビリテーション看護学実習開始当日のオリエンテーションの際に調査用紙を配布し調査についての説明を行い、実習終了日に自己評価を行う自記式調査法とし、その場で回収した。技術の経験は単独で実施できる、指導者と実施できる、見学した、患者に対し指導・助言を行った、未経験の5つの選択肢を用意した。

### 5. 分析方法

看護技術の経験は、単独で実施できると指導者と実施できるをまとめ実施とし、見学、未経験の3段階とした。なお、今回の調査では指導・助言は分析から除外した。分析は各技術項目を記述統計し、受け持ち患者の健康レベル(急性期・回復期・慢性期)と技術経験、および急性期の脳神経系疾患、運動器系疾患の系統と経験状況との関連を $\chi^2$ 検定を用い分析した。いずれもSPSS 11.5J for windowsを使用し、有意水準は5%とした。

### 6. 倫理的配慮

調査の目的と方法、調査結果が成績評価に影響しないことや質問紙への協力は自由意志であること、結果は目的以外には使用しないこと、匿名性の保障について口頭で説明を行い、同意の得られた学生を対象とした。

## III. 結果

### 1. 受け持ち患者の背景

性別は男性74名(52.5%)、女性67名(47.5%)であり、平均年齢 $68.1 \pm 12.2$ 歳、疾患は脳血管障害72名(51.1%)、神経難病23名(16.3%)、脳腫瘍13名(9.2%)、頭部外傷6名(4.3%)、その他の脳神経疾患10名、運動器疾患19名(変形性関節症など)(13.5%)であった。健康レベルは急性期56名(39.7%)、回復期60名(42.6%)、慢性期25名(17.7%)であった。

その内訳は表1の通りである。なお、急性期の運動器疾患患者13名は実習期間中に全員が手術を経験した。

### 2. 看護技術の経験状況および患者の健康レベルと経験状況との関連

#### 1) 日常生活の援助技術(図1)

環境調整技術であるベッドメイキングは79.4%、臥床患者のリネン交換は36.2%の実施率であった。食事

表1 疾患と病期

	急性期	%	回復期	%	慢性期	%	合計
脳神経疾患	43	76.8	55	91.7	24	96.0	122
脳血管障害	28	50.0	44	73.3	0	0.0	72
脳腫瘍	6	10.7	4	6.7	3	12.0	13
神経難病	3	5.4	0	0.0	18	72.0	21
頭部外傷	2	3.6	4	6.7	0	0.0	6
脳神経系その他	4	7.1	3	5.0	3	12.0	10
運動器疾患	13	23.2	5	8.3	1	4.0	19
変形性関節症	10	17.9	5	8.3	0	0.0	15
運動器系その他	3	5.4	0	0.0	1	4.0	4
合計	56	100	60	100	25	100	141

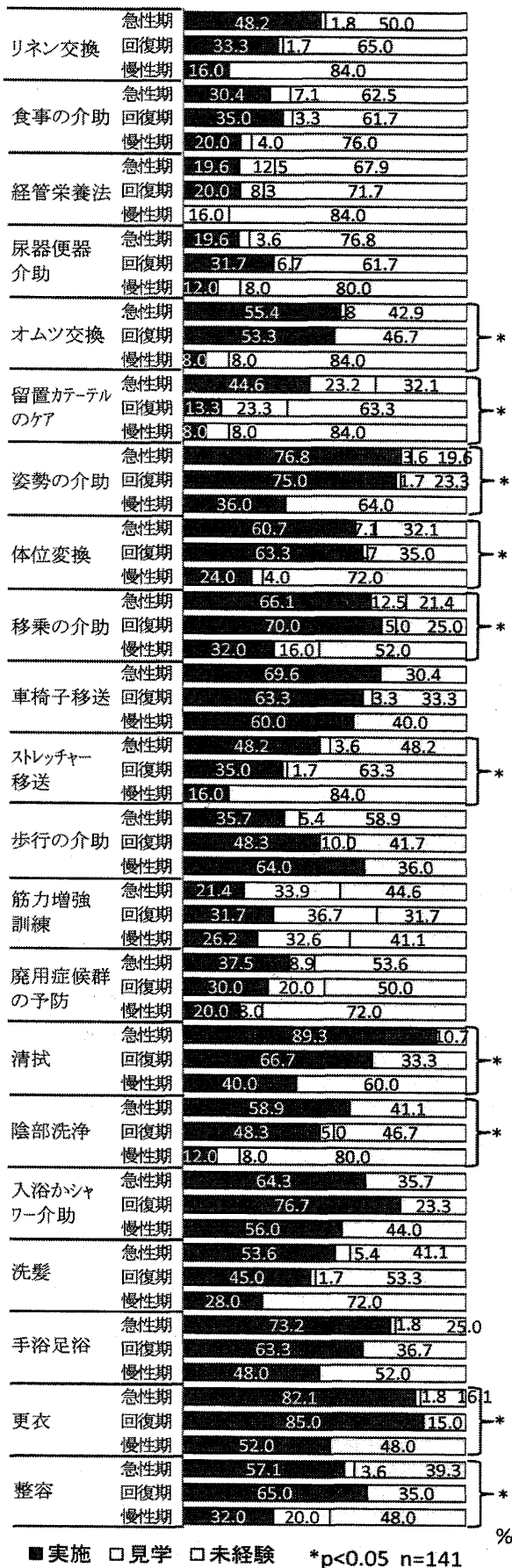


図1 健康レベルの違いによる日常生活援助の看護技術の経験状況

は、食事介助43名（30.5%）、経管栄養法は急性期19.6%、回復期20.0%の実施率であった。慢性期に経管栄養法の経験者はいなかった。排泄は、尿器便器の介助は33名（23.4%）、ポータブルトイレでの排泄介助は21名（14.9%）、失禁のケアに携わった者は20名（14.2%）、留置カテーテルのケア35名（24.8%）であり、オムツ交換はこれらよりやや多く65名（46.1%）であった。尿器便器の使用の介助、ポータブルトイレでの排泄の介助、オムツ交換、失禁ケア、留置カテーテルのケア、浣腸の項目を排泄の援助とし、これらのうち1つ以上を経験した割合は62.4%であった。健康レベル別では、オムツ交換は急性期55.4%、回復期55.3%、慢性期8.0%と急性期および回復期の患者を受け持つ学生の実施率が有意に高く、留置カテーテルのケアでは急性期44.6%、回復期13.3%、慢性期8.0%であり、急性期での実施率が有意に高かった。

活動・休息は、座位・立位の姿勢の保持は97名（68.8%）、体位変換は78名（55.3%）、車椅子の移乗の介助は87名（61.7%）、車椅子移送は92名（65.2%）の実施率であり半数以上の学生が実施していた。関節可動域訓練、筋力増強訓練、廃用症候群の予防については25～30%であった。健康レベル別では姿勢の保持は急性期76.8%、回復期75.0%、慢性期36.0%、体位変換は同じ順に60.7%、63.3%、24.0%、移乗の介助は66.1%、70.0%、32.0%であり、健康レベルとの間に有意な関連が見られ、いずれも急性期・回復期が高かった。ストレッチャー移送も慢性期に比べ急性期48.2%、回復期35.0%が有意に高かった。これらに対し、歩行介助は急性期35.7%、回復期48.3%、慢性期64.0%であり、慢性期の患者を受け持つ学生の実施率が高い傾向がみられた。

清潔は、清拭100名（70.9%）、陰部洗浄65名（46.1%）、入浴もしくはシャワー介助96名（68.1%）、洗髪64名（45.4%）、手浴足浴91名（64.5%）、更衣の介助は110名（78.0%）、整容は79名（56.0%）であり全般に高い実施率であった。清拭、陰部洗浄、シャワー・入浴介助、洗髪、手浴足浴の項目のうち1つ以上を経験した割合は95.7%であり、何らかの清潔の援助をほぼ全員が経験していた。健康レベル別にみると、清拭は急性期89.3%、回復期66.7%、慢性期40.0%、陰部洗浄は同じ順に58.9%、48.3%、12.0%、更衣は82.1%、85.0%、52.0%であり、急性期・回復期の実施率は慢性期に較べ有意に高かった。

## 2) 治療処置に伴う技術 (図2)

呼吸循環を整える技術は、体温調節を41名（29.1%）

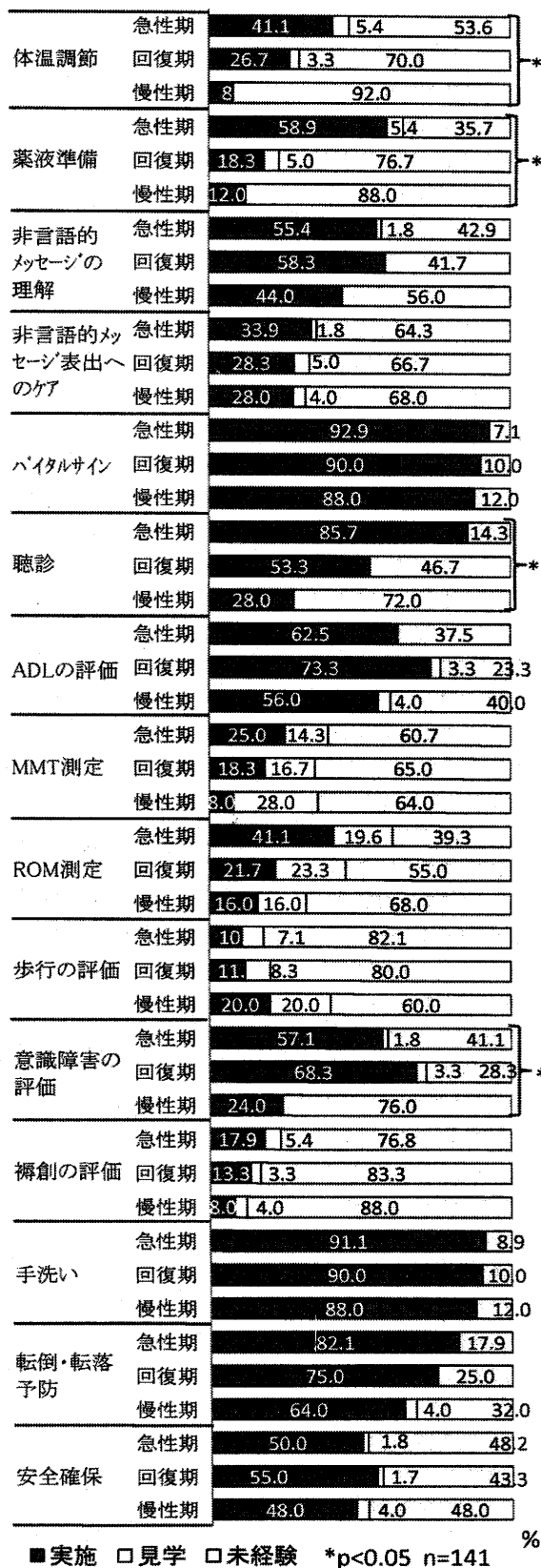


図2 健康レベルの違いによる治療・生体機能管理・安全管理に関する看護技術の経験状況

の学生が実施しており、健康レベル別では急性期41.1%、回復期26.7%、慢性期8.0%であり、急性期が高く有意であった。薬液準備は47名（33.3%）であり、健康レベル別では急性期58.9%、回復期18.3%、慢性期12.0%であり、急性期の実施率が有意に高かった。

### 3) 症状・生体機能管理技術

非言語的メッセージの理解は77名（54.6%）、非言語的メッセージの表出のケアは43名（30.5%）であった、構音障害や構音訓練の実施率は5～10%であった。フィジカルアセスメントは、瞳孔の観察52名（36.9%）であったが、脳神経の観察はわずか9名（6.4%）の実施率であった。また、ADL（Activities of Daily Living）評価は93名（66.0%）、運動機能の評価はMMT（Manual Muscle Test）、ROM（Range Of Motion）測定、ブルンストローム・ステージの評価は20～30%、歩行障害の評価は12.8%であった。意識障害評価はJCS（Japan Coma Scale）やGCS（Glasgow Coma Scale）を用い79名（56.0%）が実施しており、急性期57.1%、回復期68.3%が慢性期24.0%に対し有意に高かった。

### 4) 感染予防・安全管理技術

感染予防の手洗い、スタンダード・プリコーションの実施は高かった。安全管理は、転倒・転落予防が107名（75.9%）、その他の安全確保は73名（51.8%）が実施しており、受け持ち患者の健康レベル別での関連はみられなかった。

### 5) 急性期における脳神経疾患と運動器疾患患者の受持と技術の関連（図3）

体位変換や廃用症候群の予防、洗髪の援助は受持患者の機能障害の違いと技術の経験状況との間に有意な関連がみられた。体位変換や廃用症候群の予防は運動器疾患に比べ脳神経疾患の実施率が高く50～70%であった。洗髪は運動器疾患が多かった。その他有意ではないものの、関節可動域訓練や筋力増強訓練は脳神経疾患の方が運動器疾患より高く、運動器疾患は見学が50～60%と多かった。また、留置カテーテルのケアは脳神経疾患が多かった。歩行の評価は全般に低く、運動器疾患では見学が約15%であった。

## IV. 考察

リハビリテーション看護学実習では身体に障害をもち活動に制限のある対象を受け持ち、基本動作や生活援助の確立を支援するため、看護技術では日常生活の援助と起居・移乗・移動動作の介助、廃用症候群の予防の技術を修得することを目標としている。日常生活

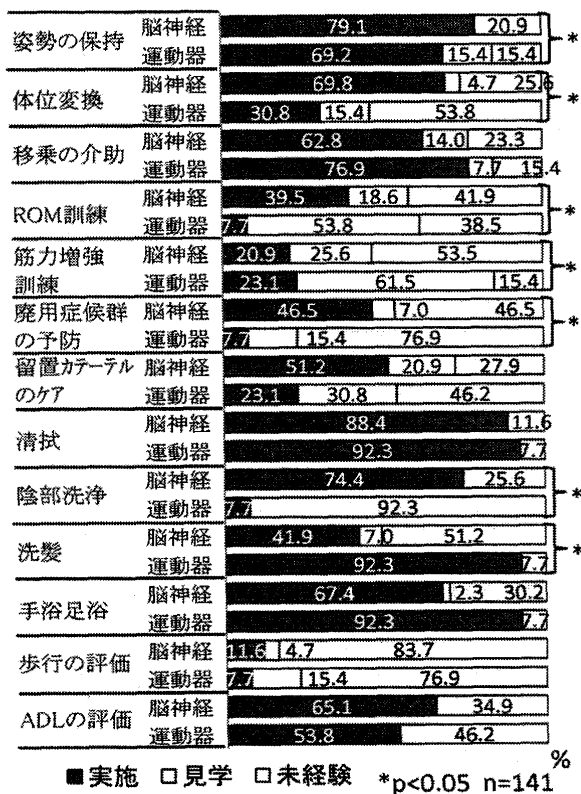


図3 急性期における脳神経疾患と運動器疾患からみた看護技術経験状況

援助の経験は、更衣の介助は約8割、整容の介助は約6割と高めの実施率であったが、食事の援助技術は10～30%、排泄の援助技術は15～50%と少なかった。清潔の援助は清拭、洗髪、入浴もしくはシャワー介助などいずれかの援助を1つ以上経験した割合は95.7%と非常に高かった。また足浴の援助はADL自立度の高い慢性期でも約半数の学生が実施してした。足浴は保清の目的だけでなくリハビリテーション治療からの疲労回復、疼痛の緩和、リラクゼーション効果をもたらす。また、整形外科的手術後の患者は深部静脈血栓症や末梢循環障害のリスクがあり、下肢の循環を良好にし合併症予防に効果がある。病期や病状に関わらず、計画に取り入れる援助の1つである。

正源寺らの研究からリハビリテーション看護学実習では日常生活に関する援助、移乗・移動動作、体位変換などの技術を学ぶ機会が多かったと報告されている<sup>6)</sup>。本研究も同様の結果であり、姿勢の保持、移乗介助、車椅子移送の介助、体位変換の実施率は50%～70%であった。基本動作はその動作自体を目的とするよりも、身の回りの動作を行うための基本姿勢や過程であることが多く、日常生活活動の自立のための重要な援助である。移乗・移動動作、体位変換などの項目は他の領域別実習では経験する機会が少なく、すべて

の学生が習得することを期待する項目である。これらは対象となる患者の自立度が高いと援助の機会はなくするため慢性期の患者を受け持った場合には低くなっていた。しかし、急性期や回復期の患者であれば援助の機会はある。経験していない理由は、対象の姿勢や活動の1日のスケジュールの把握ができないためその機会を逃していると考えられる。看護基礎教育の段階で確実にこれらを行い、実施率を高めるために、毎日の実習計画の場面で、姿勢や活動などの時間や行動の順序などの情報に基づいた計画が立てられるように指導する必要がある。

また、対象者のADL拡大の支援のためには、ADLを評価する能力が求められる。ADL評価の実施率は7割であったが、FIM (Functional Independence Measure) を用いたADL評価は必須の学習内容であり全員が評価しているはずである。調査方法の不備による結果であると思われる。

フィジカルアセスメントは、MMTやROM測定、ブルンストローム・ステージの評価をするよう指導したが、実際には20～30%であった。これは、医師や理学療法士、作業療法士など他職種の評価した結果を診療録から情報を得ることで理解したとする学生が多いからであると考えられる。患者の日常生活活動の介助の際には運動機能を適確に判断できることが、安全・自立を促す介助へとつながるため、フィジカルアセスメントを確実に行えるようにする教育方法の検討を要する。

安全管理の技術は実習病棟の特徴として意識障害や運動機能に障害を持つ患者が多いため実施率は高かった。看護過程を用いた学習方法によって全員が転倒・転落予防のアセスメント、計画立案を行っているため、高い実施率につながったと考える。北川ら<sup>7)</sup>によると卒後1年目の看護師が経験するヒヤリハットは転倒・転落が8割弱と最も多く、また誤飲・誤嚥も多い。実習においてこれらの問題を予測し計画の立案と可能な範囲で実践することが、臨床と教育との実践上のギャップを少しでも埋める方策になりうると考える。

患者の健康レベルの違いによる技術の経験状況は、慢性期よりも急性期・回復期のほうが実施率の高い技術項目が多かった。これは、疾患の病期による治療、離床状況、リハビリテーションの進行状況の影響によるADL自立度の違いによるものである。急性期の受持患者は、脳血管障害発症後、次いで変形性関節症手術後が多かった。そのため脳神経疾患の場合は、身体管理に必要な脳神経のフィジカルアセスメント、治療

処置に伴う技術が、変形性関節症では、治療処置に伴う技術の経験が高かった。

これに対し慢性期の対象は神経難病の治療目的による入院患者が多く、発症後の経過が長いADL自立度は高く日常生活の技術経験は少なかった。その中で歩行の介助は急性期・回復期に比べ実施率は高い傾向にあった。慢性期の患者を受け持った場合技術経験の数値は低いが、患者の自立支援に向けた生活指導や退院指導を行う機会は多く、セルフケア確立のための援助の学習は経験できている。今回の研究では、患者教育の技術については分析から除外したため、このような結果になったと考える。しかし、この学習は成人慢性期看護学の実習目標と重なる内容であるため、リハビリテーション看護学実習では動作介助を通じた自立支援のための援助を学習することに重点をあてたいと考える。

回復期は脳血管障害の発症から急性期を脱し、障害を残したままADLを獲得する過程にある患者を受けもつことが多かった。身の回りの動作全般と基本動作の介助が必要であり、また実習期間中に介助の程度や介助する援助項目に変化がみられ、他の健康レベルの時期と比べ全体的に日常生活の看護技術の実施率は高かった。この時期には生命を守るためのフィジカルアセスメントが不足する傾向があるため、意識レベルを中心に身体機能の評価を計画的に実施する必要がある。

急性期における脳神経疾患と運動器疾患の患者を受け持つ学生の技術の経験状況は、脳神経疾患特有の技術以外では、姿勢の保持、体位変換、関節可動域訓練、廃用症候群の予防の援助に差がみられ、運動器疾患の方が少なかった。運動器疾患患者はすべて人工関節置換術直後であり、術後数日は姿勢の保持、移乗に介助が必要となるが、どちらも実施率は約7割であった。これらの項目は重要であり、学生全員が実施できるようにクリティカルパスに則り計画的に指導していく。運動器疾患での関節可動域訓練および筋力増強訓練の援助は、実施より見学を経験した学生の方が多かった。学生は、運動器疾患の関節拘縮は病態の結果の機能障害であり、それへのアプローチは理学療法士の範疇の援助であり、見学が学習の到達度であると判断したものと推察できる。手術後の安静や活動制限に関連した廃用症候としての可動域制限や筋力低下は、看護師も関わるべき状態であるため、必須の技術項目として学習する必要がある。廃用症候群の予防は脳神経疾患で約半数、運動器疾患では一割にも満たない実施率であ

った。学生は長期安静臥床の対象が廃用症候群のリスクがあるにとらえ、急性期からの予測や部分的な廃用症候に関して着目できていないと考える。廃用症候群の予防もリハビリテーション看護学実習において重要な技術である。その発生を急性期から予測し的確な予防が実践できるよう、看護過程の学習指導において重視していきたい。

リハビリテーションにおいて看護師は患者が生活を構築するため、残存能力を生かし日常生活行動が自立できるための支援をする役割がある。つまり患者のリハビリテーション治療（理学療法、作業療法）で練習した能力が日常生活で生かされるように、看護師には普段の日常生活援助に高い技術力が求められる。また、他職種から患者の症状や全身状態、治療・処置などの医学的管理に関すること、病棟での生活状況・心理状況およびADL評価などの能力障害と生活に関する情報提供が求められている。すなわち、病態生理に基づいた患者の健康管理と生活支援を通して患者のセルフケア能力を高めるケアが看護師に期待されている<sup>8)</sup>。これらの期待に応えるために、看護基礎教育において運動機能、脳神経機能を中心としたアセスメント能力および日常生活活動の看護技術の習得が求められる。また急性期は生命を守るための身体管理能力が、回復期には安全な日常生活の援助やリハビリテーションの進行の判断に疾病や治療の理解が要求される。リハビリテーション看護学実習ではリハビリテーションの進行と日常生活援助のエビデンスとして病態やフィジカルアセスメントの結果を活用し、安全で自立を支える技術が提供できるよう指導していく必要がある。

リハビリテーション看護学で重要な技術は日常生活の援助、基本動作の介助、廃用症候群や転倒を予防する技術、脳神経・運動器のフィジカルアセスメントと身体管理の技術であるが、これらを修得するためには、今回の結果から受け持ち患者の対象は急性期、回復期が望ましいといえる。また急性期の調査から、重要な援助の機会を経験につなげられていない学生がいることが明らかになった。これは回復期も同様であると考えられ、数少ない機会をとらえ技術が経験できるよう実習指導を行うこと、および学内での演習計画の改善を行い、全体の経験率の上昇だけでなく、学生個人が期待するレベルに達することができるように経験を増やすことを課題としていきたい。

## V. 結論

### 1. 日常生活の援助技術の経験は食事、排泄の実施率

は低かったが、活動、清潔の援助は比較的高かった。受持患者の健康レベル別では排泄、活動、清潔、衣生活・整容において急性期と回復期の実施率は慢性期に比較し高かった。

2. 治療処置に伴う技術は呼吸循環を整える、褥創管理技術、末梢血管からの薬液準備は10～30%の実施率であり、薬液準備は急性期の実施率が回復期・慢性期に比べ高かった。
3. 症状・生体機能管理技術では脳神経系のフィジカルアセスメント、運動機能のフィジカルアセスメントと健康レベルとの関連は認められなかった。
4. 急性期の患者を受け持った学生は、体位変換、廃用症候群の予防では脳神経疾患を受け持った学生が、洗髪においては運動器疾患を受け持った学生の実施率が高かった。

実習における技術の実施率は、受け持ち患者の健康レベルによって日常生活の援助技術、特に排泄、清潔、活動に違いがみられ、技術の到達度を高めるためには急性期または回復期の患者選定が望ましいと言える。

#### 引用文献

- 1) 丹羽さよ子, 徳久朋子, 林愛子: 看護基礎教育におけるリハビリテーション看護の専門的技術の習得に関する研究, 鹿児島大学医学部保健学科紀要15, p35-41, 2005.
- 2) 吉川祥子, 平野文子, 三島三代子他: 臨地実習における看護基本技術の経験・到達状況と課題, 第36回日本看護学会論文集 (看護教育), p143-145, 2005.
- 3) 雀部蘭美: リハビリテーション看護学実習における看護技術の経験状況, 第38回日本看護学会抄録集, p267, 2007.
- 4) 厚生労働省: 看護基礎教育における技術教育のあり方に関する検討会報告書, 2003.
- 5) 澤村誠志: これからのリハビリテーションのあり方, 青海社, p14-25, 2004.
- 6) 正源寺美穂, 泉キヨ子, 加藤真由美他: リハビリテーション看護実習における看護技術の習得状況—「臨地実習において看護学生が行う基本的な看護技術の水準」と実際の習得レベルを比較して—, 日本リハビリテーション看護学会学術大会集録16回, p191-193, 2004.
- 7) 北川悦子他: 卒後1年目看護師が選択した看護基礎教育における優先度の高い技術教育内容, 第37回日本看護学会論文集 (看護教育), p51-53, 2006.
- 8) 石鍋圭子他: リハビリテーション専門看護, p81, 2001.